

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

76

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

YVES DE MONTALENT

Né le 26 août 1891, Roncherolles-en-Bray
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER HERNIAIRE

Président : M. LETULLE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

76

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

YVES DE MONTALENT

Né le 26 août 1891, Roncherolles-en-Bray
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER HERNIAIRE



Président : M. LETULLE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER. ASSESSEUR : M. POUCHET
PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
México-Chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LÉTULLE
Histologie	PRENANT
Médecine opératoire	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Ang. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrévés en exercice

MM.			
ABRAMI	OEBRE	LANGLOIS	RATHERY
ALGLAVE	DUVOIR	LEMIERRE	RETTERRER
BASSET	FISSINGER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GARNIER	LEREBOLLET	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT	LERI	ROUSSY
BRANCA	GREGOIRE	LELORIER	ROUVIERE
CANUS	GUILLEMINOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ (A.)
CHIREY	GUENIOT	MATHIEU	TANON
CHAMPY	GULLAIN	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MOCOQUOT	TIFFENEAU
CLERC	JOYEUX	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
	LABBÉ (HENRI)	PHILIBERT	

Par délibération en dat. du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LETULLE

Professeur d'Anatomie pathologique

INTRODUCTION

Toutes les affections péritonéales peuvent prendre naissance ou se localiser secondairement dans les hernies, diverticules péritonéaux.

Celles que l'on rencontre le plus souvent, sont les tumeurs bénignes et malignes et la tuberculose. Cependant elles sont relativement rares, surtout les affections cancéreuses.

L'histoire médicale ne rapporte, en effet, que douze cas soit primitifs, soit plus fréquemment secondaires de cancers herniaires.

Il nous a été donné dernièrement d'en observer deux cas dans le service de Monsieur le Docteur Potherat et il nous a paru intéressant de les relater et de montrer quels signes cliniques permettent parfois de porter le diagnostic.

Nous prions Messieurs Renaud et Thouvenin de bien vouloir accepter nos remerciements pour l'aide qu'ils nous ont donnée.

HISTORIQUE

Monsieur Lejars en Août 1889, dans un article intitulé : Revue Générale ; néoplasmes herniaires et périherniaires, paru dans la Gazette des Hôpitaux, réunit trente-cinq cas de néoplasies ayant la hernie pour siège et nées aux dépens du sac, de son contenu ou de ses enveloppes externes. Il a pris ce terme de néoplasie dans son sens le plus général, y comprenant les tumeurs bénignes et malignes, les kystes, la tuberculose. Sur ces trente-cinq cas nous n'avons relevé que huit cas de néoplasie maligne : six intrasacculaires (dont trois intéressant l'intestin, et trois l'épiploon) et deux sacculaires.

Depuis cette époque, dans le Bulletin de la Société Anatomique, en 1892, Monsieur le docteur Aimar Raoult a signalé un cas de cancer de l'intestin et du péritoine avec cancer d'une portion d'intestin hernié et du sac herniaire.

— En 1900, Monsieur Mauclaira a rapporté, dans le même périodique, un cas d'épithélioma développé au fond d'un sac herniaire.

En 1908, Coley W. B. dans les Ann. Surg. Philadelph. cite un cas d'hernie inguinale irréductible, complication d'un sarcome du testicule.

En 1918, Vaughan dans Surg. Clin. Chicago relate l'observation d'une hernie scrotale droite irréductible causée par un carcinome adhérent de l'épiploon.

Enfin en Juillet et Novembre 1920 Messieurs Thouvenin et Lory ont exposé dans le bulletin de la Société Anatomique deux cas de cancers herniaires : celui d'un epithelioma développé au fond d'un sac herniaire inguinal, et celui d'un cancer d'un sac herniaire ombilical.

Ce sont ces deux derniers cas que nous avons étudiés dans cette thèse.

CLASSIFICATION

Dans son article sus-mentionné paru dans la Gazette des hôpitaux, Monsieur Lejars a magistralement classifié les cancers herniaires. Nous reproduirons cette classification :

I. — Tout d'abord, il distingue deux sortes de cancers : le primitif et le secondaire.

a) Le primitif

Monsieur Lejars en relate cinq cas dans son étude ; ce sont :

1^o celui de Chauffard : néoplasme de l'S iliaque inclus dans une hernie inguinale chez un homme de 52 ans.

2^o celui de Dupuytren : rétrécissement squirrheux de l'intestin, inclus dans une hernie ombilicale chez une vieille femme.

3^o celui de Lewis : tumeur maligne développée dans un vieux sac herniaire.

4^o celui de Munaron : hernie inguinale guérie

rapidement par l'extirpation d'un sac fibro-sarcomateux.

5° celui de Codet: epiplocèle cancéreuse ombilicale limitée à la partie herniée.

Le cas de Monsieur Mauclaire, exposé dans le bulletin de la Société Anatomique en 1900 (tumeur fibreuse du fond du cul-de-sac péritonéal herniaire, chez un homme de 65 ans) à son avis même, serait plutôt un cancer secondaire bien qu'il n'ait pu relever d'autre tumeur dans l'abdomen du sujet.

Pour Monsieur Lejars, les cancers primitifs seraient plus fréquents que les secondaires. « La hernie serait le siège primitif où le mal se développe ». Il s'appuie sur ce fait que, dans plusieurs autopsies, la néoplasie s'arrêtait nettement au collet du sac « barrière qu'elle ne franchit pas. Elle se limite à la partie herniée, à la portion soumise aux mille traumatismes (irritation, efforts, taxis, alternatives de réduction et de sortie). Il en déduit « que l'état de congestion permanente et de sub-inflammation de certaines hernies anciennes, y crée un appel au cancer et à la tuberculose. » — Mais il n'explique pas par quel processus pathogénique.

b) Le secondaire

Il semble cependant, que, plus souvent, le cancer herniaire soit secondaire à un cancer viscéral, soit comme unique métastase, soit consécutivement à une généralisation péritonéale.

Le tube digestif (intestin grêle, gros intestin, estomac) est, de beaucoup, le point de départ le plus fréquent de ces métastases herniaires. Le foie, l'utérus, le péritoine, le mésentère, le testicule, peuvent parfois être le siège du cancer primitif.

1° *Unique localisation secondaire.*

Monsieur Lejars, dans son étude en relate deux cas :

a) celui de Canuel : ganglion épiploïque cancéreux inclus dans le sac, consécutif à un cancer du foie.

b) un autre où il s'agit d'une épiplocèle cancéreuse secondaire à un épithélioma de l'utérus.

Cet auteur ajoute : « la hernie seule, dans ces deux cas, avait servi de terrain au processus secondaire ; la carcinose à distance s'y était cantonnée et nulle part elle n'avait laissé d'autres vestiges. L'autopsie fut faite dans les deux cas. »

2° *Consécutivement à la généralisation péritonéale cancéreuse.*

Le cas de Raoult (cancer de l'intestin et du péritoine, avec cancer d'une portion d'intestin herniée et du sac herniaire).

Celui de Vaughan (épiplocèle cancéreuse).

Ainsi que les deux malades qu'il nous a été donné d'observer, rentrent dans cette catégorie.

II. — Monsieur Lejars classe d'autre part les néoplasies herniaires, suivant leurs rapports avec le

sac herniaire, en intrasacculaires, sacculaires et péricasculaires.

a) Les *intrasacculaires* sont de beaucoup les plus fréquentes. Monsieur Lejars en relate cinq cas, ceux de Lefort, Chauffard, Dupuytren, Codet et Canuel.

Les sujets de Coley, Raoult, Vaughan et un des nôtres présentaient des cancers intrasacculaires.

Ces néoplasies peuvent intéresser isolément l'intestin, l'épiploon, le mésentère : le plus souvent c'est l'épiploon et l'intestin grêle qui sont atteints ensemble.

En règle générale, dans ces cancers intrasacculaires, le néoplasme ne reste pas limité au contenu herniaire. Des adhérences se forment entre le contenu et le sac, et la dégénérescence cancéreuse gagne le sac.

b) Puis viennent les *sacculaires*. Nous en relevons trois cas : ceux de Lewis et de Numaron relatés par Monsieur Lejars, celui de Monsieur Maucclair.

Un de nos malades présentait également un cancer sacculaire.

c) Les *tumeurs malignes péricasculaires* sont vraisemblablement très rares, car l'histoire médicale n'en relate pas.

Cette deuxième classification des cancers herniaires présente beaucoup moins d'intérêt que la première. En effet, il est presque impossible de savoir le siège exact du cancer dans une hernie, par un examen clinique — et le saurait-on que l'intérêt

en serait médiocre, relativement à l'importance que présente le fait de savoir s'il est primitif ou non.

III. — Enfin pour que notre classification soit complète, il nous reste à signaler les sièges les plus fréquents des cancers herniaires.

Ce sont les hernies *inguinales* qui présentent le plus souvent cette transformation cancéreuse. Sur les 12 cas relatés par l'histoire médicale, neuf fois ce sont des hernies inguinales.

Les trois autres fois, ce sont des hernies *ombilicales*. Un de nos malades présentait une hernie ombilicale et l'autre une hernie inguinale.

OBSERVATIONS

Observation I

Joseph R. camionneur, 59 ans.

Entré à l'hôtel-Dieu, salle Saint Côme le 22 Avril 1920, pour se faire opérer d'une hernie inguinale droite datant de longues années. Il a toujours porté des bandages qui la maintenaient bien. Il la réduisait chaque matin.

Depuis deux mois, le malade a de légères douleurs spontanées au niveau de sa hernie et il sent, lors de sa réduction matinale, « qu'il y a quelque chose qui ne rentre pas » De plus, il se rend compte qu'elle augmente de volume.

Le malade ne se plaint de rien d'autre : Il n'a jamais eu de ballonnement du ventre, de crises de constipation, ni de vomissements.

Il n'a pas d'adénopathies inguinales.

Pas de troubles digestifs, ni respiratoires. Rien du côté du cœur. Appareil génito-urinaire et nerveux normaux.

Il est seulement un peu amaigri et ses téguments ont une certaine pâleur.

L'examen de la tumeur montre que l'on a affaire à une hernie oblique externe inguino scrotale de la grosseur d'une mandarine. Le testicule est indépendant de la tumeur, On sent le pédicule de la hernie jusqu'au niveau de l'orifice

inguinal externe. La palpation révèle en outre une certaine fermeté. Le sac paraît de forme ovoïde, régulière.

Plusieurs choses frappent l'interne : 1^o la non impulsion à la toux ; 2^o les douleurs spontanées accusées par le malade, mais non accentuées par l'examen ; 3^o l'augmentation progressive de la tumeur, au dire du malade ; 4^o sa dureté ; 5^o son irréductibilité.

On porte le diagnostic d'épiploite herniaire adhérente.

Opération.

Le 27, le malade est opéré par Messieurs Thouvenin et Lory, internes du service.

Il est endormi à l'éther.

Incision de la peau, de l'aponévrose du grand oblique et l'on tombe sur le sac de la grosseur d'un œuf de dinde. Il est isolé facilement des éléments du cordon à l'intérieur duquel il était inclus. Il présente une coloration violacée, livide, une forme régulièrement ovoïde.

Au niveau du pédicule, on ouvre le sac. L'opérateur est frappé, au premier abord, du fait que le sac ne contient ni épiploon, ni intestin. Un peu de liquide citrin, filant, nullement hémorragique, seul, s'y trouve inclus. Il s'épanche par l'ouverture qui est continuée jusqu'au milieu du sac.

Le collet est entièrement perméable. Le doigt y est engagé. Il ne sent aucune portion d'intestin ou d'épiploon tendant à s'y engager. La paroi du sac d'une épaisseur presque normale au niveau du collet et du pédicule, augmente progressivement de volume, en approchant du fond.

A ce niveau, on constate que la paroi est doublée à l'intérieur, de masses bourgeonnantes, irrégulières, tomenteuses, d'une consistance uniformément dure, atteignant par endroits l'épaisseur de 3 centimètres. Aucun foyer de ramollissement

ne permettait de penser à une péritonite tuberculeuse herniaire localisée, bien que l'aspect de la tumeur y prêtât.

On sectionne le pédicule et l'on termine l'opération par la cure radicale de Bassini. La plaie se cicatrise et l'on retire les fils au bout de 8 jours.

La pièce anatomique fut conservée dans le service de Monsieur le docteur Potherat où il me fut donné de l'étudier et de la dessiner.



Vue de la moitié du sac, coupé verticalement. On remarque : en haut, l'épaisseur presque normale du sac ; en bas, les bourgeons cancéreux qui atteignaient 3 cm. d'épaisseur.

Suites opératoires.

Peu de temps après l'opération, Monsieur Durand en préleva des fragments pour les étudier microscopiquement. C'est alors que l'on se rendit compte que l'on avait eu affaire à une néoplasie du sac herniaire.

À la suite de ce diagnostic, quatre jours après l'intervention, on fit un examen plus complet de l'abdomen du malade. Il décela un peu d'ascite dans les hypochondres. Le ventre n'était pas ballonné. À la palpation profonde de la fosse iliaque gauche et au niveau du cæcum et de l'appendice, on perçut des masses analogues à celles engendrées par une péritonite tuberculeuse, mais l'examen histologique ne permettait plus la confusion. Il s'agissait de péritonite cancéreuse généralisée dont le point de départ restait ignoré et dont la première manifestation clinique fut au niveau du sac herniaire.

Peu à peu, progressivement, le malade fit un ictère, avec décoloration incomplète des matières, sans prurit ni bradycardie. Le foie augmentait de volume sensiblement et devint douloureux.

Devant ces symptômes alarmants, le malade fut envoyé dans un service de médecine. Son état s'aggrava petit à petit. Cependant il sortit de l'hôpital le 25 mai sur sa demande. On apprit sa mort chez lui, le 20 juin, soit quinze jours après sa sortie de l'hôpital. L'autopsie n'a donc pu être faite.

Examen histologique de la tumeur.

L'ensemble de la partie examinée est constituée par du tissu conjonctif à travées assez épaisses, formant de larges aréoles. Parmi celles-ci, les unes sont faites d'un tissu lâche, à cellules étoilées noyées dans du liquide muqueux. Les

autres sont occupées par du tissu néoplasique formant des noyaux de la taille d'un pois à une noisette et d'aspect caractéristique.

Cette tumeur, elle-même, est de type alvéolaire. Les alvéoles sont de taille inégale. La plupart d'entre eux sont remplis de mucus et on n'y distingue aucun élément cellulaire. Quelques-uns sont au contraire occupés par des cellules épithéliales, formant des tubes glandulaires, ou par des cellules isolées ou groupées en petits amas.

Les cellules épithéliales sont du type cylindrique haut. Il est manifeste que la plupart d'entre elles ont subi la dégénérescence muqueuse.

Le diagnostic histologique est simple et il est facile de mettre sur la tumeur l'étiquette de : Epithélioma typique, en dégénérescence colloïde.

Etant donné l'aspect des épithéliums et l'évolution de la tumeur, il est infiniment probable qu'il s'agit d'un cancer ayant son point de départ dans le gros intestin.

Il faut enfin faire remarquer que le tissu conjonctif dans toute l'étendue de la tumeur, présente les signes d'une inflammation, très diffuse du type subaiguë avec épaissement des vaisseaux et travées de cellules rondes,

Observation II

Théophile J. sans profession, 63 ans.

Entre à l'hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, le 16 août 1920 pour se faire opérer d'une hernie sus-ombilicale de la grosseur d'une tête d'enfant, qui depuis quelque temps est devenue plus douloureuse. Il n'a pas eu de selles depuis trois jours.

Il était, déjà, entré deux fois à l'hôpital pour les mêmes phénomènes de sub-occlusion, un mois auparavant et huit jours avant, mais on ne l'avait pas opéré à cause de son état général peu satisfaisant. C'est, en effet, un vieillard très gras mais paraissant bouffi. Il est pâle, triste et semble profondément intoxiqué. Cette intoxication intense est attribuée à sa très volumineuse hernie et à ses successifs engouements.

Le malade est porteur de sa tumeur depuis déjà longtemps. Il n'en avait jamais souffert jusqu'au mois dernier, époque à laquelle il a commencé à présenter des crises de constipation, coïncidant avec des douleurs spontanées au niveau de sa hernie. Au cours de ces crises, quelques rares fois, il a eu des vomissements alimentaires, mais il rendait toujours des gaz et il en rend encore maintenant. L'examen des poumons et du cœur ne décelez rien. Le système nerveux est normal. Rien du côté de l'appareil génital. Pas d'adénopathies. Le malade n'a jamais eu aucun trouble gastrique, ni dyspeptique net.

On trouve à l'examen des urines une albuminurie assez marquée.

La palpation de la tumeur montre que, malgré son volume elle est peu tendue. Elle aurait, au dire du malade, augmentée assez rapidement ces temps derniers.

Cependant il ne semble pas y avoir d'étranglement à proprement parler.

On constate peu d'impulsion à la toux et une irréductibilité absolue. Le taxis permet de sentir une masse dure, incluse dans la hernie. Cette épreuve n'est pas sensiblement douloureuse pour le patient. La percussion décèle de la matité.

On décide d'opérer le malade, sous anesthésie locale à la novocaïne. Le diagnostic porté est: hernie en voie d'étranglement.

Opération.

Elle a lieu le 29 août 1920. Opérateur Mr. Thouvenin.

On incise la peau en demi-cercle, concave en dedans, circonscrivant à gauche la tumeur. La dissection du sac est facile.

On sectionne le péritoine nettement en dehors de la hernie, puis on incise le collet de la profondeur vers la superficie.

Cela donne issue à une certaine quantité d'ascite hémorragique incluse dans le sac et dans le péritoine.

Le sac contient une partie du colon transverse épaissi et des anses grêles non étranglées, et de l'épiploon manifestement cancéreux. Celui-ci constitue une masse énorme, adhérente par places avec le sac.

La surface interne de ce dernier est recouverte d'un semis cancéreux très net et relativement abondant. Ici et là se trouvent quelques masses néoplasiques plus volumineuses et saignantes (voir page 21).

On libère les adhérences. On sectionne l'épiploon cancéreux entre ligatures, puis on résèque le sac au ras de l'orifice ombilical.

Par un plan de points séparés à la soie n° 3 on ferme

transversalement le péritoine, le fascia transversalis et le feuillet profond de l'aponévrose des droits.

L'aponévrose est également suturée à la soie sur le plan antérieur des droits.

On met des agrafes sur la peau.

Suites opératoires.

La plaie guérit sans incident et sans que le malade ait de fièvre. Les fonctions intestinales redeviennent normales.

Cependant, un mois après l'intervention, le malade meurt de cachexie et d'accidents pulmonaires.

Autopsie.

On trouve une généralisation cancéreuse :

Un cancer nodulaire du foie, un cancer du mésentère, des noyaux néoplasiques dans l'épiploon et sur toute la surface péritonéale.

Le point de départ de cette généralisation, semble être un cancer de la face antérieure de l'estomac, situé au voisinage de la petite courbure.

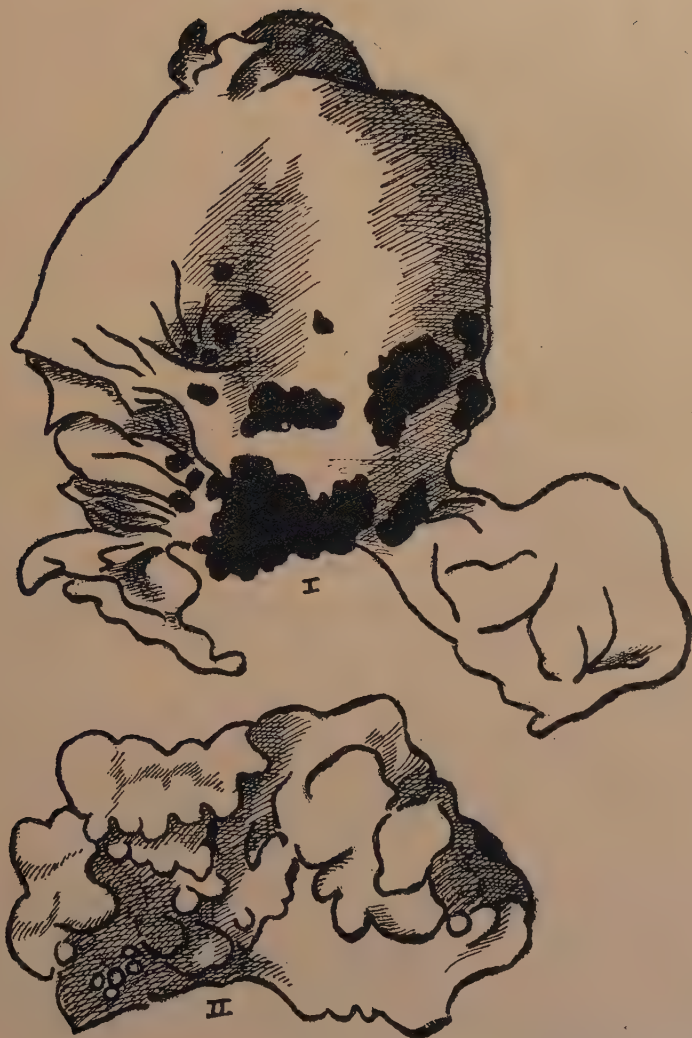
Examen histologique de la tumeur.

Le fragment examiné est fait de tissu néoplasique très homogène. De minces travées conjonctives parcourent la tumeur, circonscrivant des loges remplies par les cellules néoplasiques.

Celles-ci sont d'apparence assez égale. Elles sont polygonales ou fusiformes et étroitement serrées les unes contre les autres. Le noyau volumineux très fortement colorable occupe presque toute la cellule.

Certains noyaux, sont plus volumineux, bosselés, d'aspect plus ou moins monstrueux. Certains, mais en assez petit nombre sont en karyokinèse.

Il s'agit donc d'un epithelioma ou plus exactement d'un carcinome atypique.



- I. — Sac herniaire ombilical retourné. En noir, sont représentés les bourgeonnements cancéreux.
- II. — Masse épiploïque, présentant d'abondants bourgeonnements cancéreux, incluse dans le sac ombilical.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Dans ces deux observations, un fait est à noter : le diagnostic de cancer herniaire ne fut porté que sur la table d'opération ou au laboratoire.

Et, cependant, chez ces deux malades, leur cancer herniaire fut secondaire à une généralisation péritonéale.

Il est vrai que, ni l'un ni l'autre, n'avaient présenté avant l'intervention, un ensemble de symptômes assez nets pour permettre de songer à une néoplasie maligne.

Chez tous les deux, on peut dire que la première manifestation de leurs cancers primitifs, fut la constatation de la cancérisation de leur hernie, soit au laboratoire, soit au cours de l'opération.

Il est infiniment probable que, si l'on avait songé antérieurement à une néoplasie chez ces malades, on eût pensé, devant les phénomènes anormaux qui se passaient au niveau des hernies, à leur cancérisation secondaire.

Il est assez rare que des cancers, à point de départ vraisemblablement stomacal et intestinal, puissent évoluer si longtemps sans se manifester par des

troubles nets et classiques, et arrivent à déterminer une généralisation péritonéale sans que les malades ne se plaignent d'autre chose que de légères douleurs au niveau de hernies. Cependant c'est ce que nous avons observé chez nos deux sujets.

Les deux cancers herniaires, bien que secondaires à des cancers viscéraux se sont donc présentés cliniquement comme des néoplasmes primitifs.

Aurions-nous pu en porter le diagnostic plus tôt, en nous basant sur les modifications qu'avaient présentées ces hernies ? — Oui, sans doute, si le cancer herniaire n'était une exception, à laquelle nous n'avons pas songé.

En l'occurrence, la précocité de notre diagnostic n'eût pas été d'une grande importance pour le malade. Mais s'il s'était agi d'un cancer réellement primitif, il en eût été tout autrement.

Symptomatologie.

Monsieur le professeur Lejars, dans son article de la Gazette des hôpitaux de 1889, énumère les symptômes sur lesquels on doit s'appuyer pour porter le diagnostic d'un cancer herniaire. Ce sont :

- 1° l'augmentation progressive et lente de la tumeur, ordinairement très ancienne.*
- 2° son irréductibilité et sa dureté.*
- 3° les douleurs spontanées dont elle est le siège.*
- 4° les accidents fréquents d'obstruction (ballonnement du ventre, constipation, vomissements).*

1° L'augmentation toujours progressive, peut être assez rapide, contrairement à la règle posée par Monsieur Lejars. Ce fut le cas dans notre observation II.

Mais seule cette modification de volume, qu'elle soit lente ou rapide, n'a pas une grosse valeur symptomatique.

Elle peut s'observer dans des hernies non cancérisées, du seul fait du relâchement sénile des muscles abdominaux, à la suite d'un engouement subit. Elle peut être due à un lipome, à un sac se doublant, par degrés, de graisse en dehors, de fausses membranes en dedans, à l'hypertrophie de franges épiploïques dans une hernie du gros intestin.

Associée aux douleurs et à l'irréductibilité, l'augmentation de volume prend alors une importance capitale. Ces trois symptômes réunis forment, en effet, un vrai trépied symptomatique de cancer chez un porteur de vieille hernie.

2° Nous avons trouvé l'irréductibilité de la tumeur dans nos deux cas. Chez un des malades c'est le contenu même de la hernie (épiploon adhérent au sac par des masses néoplasiques) qui empêchait la réduction.

Chez l'autre, ce fut le sac épaissi qui donna l'impression d'irréductibilité. En effet le sac herniaire était vide et c'est lui qui constituait la tumeur.

La consistance de la hernie cancérisée change le plus souvent. On éprouve, à la palpation, la sensation d'une dureté généralisée, anormale.

Toutefois, très rarement, on peut éprouver une

sensation analogue dans certaines vieilles hernies à sac épaissi, sans qu'il y ait existence de cancer.

Plus important que cette dureté généralisée, est le fait de sentir, à l'intérieur de la masse herniée, des noyaux durs. Mais cela n'est pas encore un signe suffisant de cancer : dans les vieilles entéro-épiplocèles adhérentes on trouve parfois de ces masses et noyaux indurés.

3° Nos deux malades ont présenté des douleurs au niveau de leurs hernies. Douleurs spontanées et non provoquées dans les deux cas, sous forme de crises d'une durée, d'une violence, d'une fréquence très variables. Chez le sujet de l'observation II, ces douleurs coïncidaient avec des phénomènes d'obstruction (vomissements, constipation, ballonnement du ventre).

Chez l'autre, ces accidents ont totalement manqué. Monsieur Lejars voit, dans le début de ces douleurs accompagnées de signes de péritonite herniaire, le signal des premières atteintes de la néoplasie.

4° Les phénomènes d'obstruction, auxquels Monsieur Lejars semble attacher une réelle importance dans le diagnostic du cancer herniaire, ne nous paraissent pas un aussi bon symptôme que ceux que nous venons d'énumérer.

En effet nous n'avons constaté ces accidents que chez un de nos malades. (Obs. II).

Ils sont dûs, le plus souvent à l'adhérence de l'intestin au sac ou à l'épiploon ou à d'autres anses intestinales. Parfois, c'est le volume même de la masse

herniée néoplasique qui provoque, en progressant, l'obstruction.

Mais, de toute façon, il faut que l'intestin soit intéressé par le néoplasme, pour que le malade présente ce symptôme.

Or, dans notre classification, nous avons montré que les cancers sacculaires, sans être aussi fréquents que les intra-sacculaires, ne sont pas des exceptions. Nous en citons quatre cas pour neuf intra-sacculaires. D'autre part, au nombre de ces derniers, il est des cancers intéressant exclusivement l'épiploon qui ne déterminent pas d'accidents d'obstruction.

Donc, il nous semble que ce symptôme, gardant toute sa valeur dans le cas de cancer herniaire intéressant l'intestin, n'a toutefois pas l'importance absolue des autres signes sus-mentionnés.

D'autant plus que des phénomènes d'obstruction sont fréquents chez des porteurs de hernies non cancérisées et relèvent de multiples causes.

Diagnostic.

Pour nous résumer, trois symptômes associés constatés chez un sujet porteur d'une vieille hernie doivent orienter le diagnostic vers la possibilité d'un cancer primitif.

Ce sont :

l'augmentation de volume progressive et lente.

l'irréductibilité et la dureté.

les douleurs spontanées.

Si le cancer est secondaire, les signes généraux classiques de la cachexie néoplasique, s'ajoutent aux signes locaux et doivent, en règle générale, permettre un diagnostic plus rapide et plus sûr.

Ce sont :

a) l'amaigrissement constaté chez un de nos malades.

b) la teinte jaune paille ou la pâleur simplement, observée dans nos deux cas.

c) l'engorgement ganglionnaire, qui doit être la règle, car la majorité des cancers herniaires sont des épithéliomas.

d) la diminution de l'urée et des chlorures dans les urines.

Ce sont ces mêmes symptômes généraux qui seuls permettront d'orienter le diagnostic vers le cancer, sans pouvoir préjuger de la localisation, dans les cas extrêmement rares cités par Monsieur Lejars, ou la néoplasie ne modifie en rien les caractères cliniques et l'évolution normale de la hernie. Il est vrai que, dans les deux cas de Berger et de Largeau, il s'agissait d'épiploïte tuberculeuse. Et il est peu probable qu'un cancer puisse évoluer longtemps, d'une façon aussi latente qu'une bacilliose.

Diagnostic différentiel

Les deux seules affections qui puissent simuler le cancer dans une hernie sont l'entéro-épiplocèle adhérente, et la tuberculose soit du sac, soit de l'épiploon.

a) l'*entéro-épiplocèle* adhérente que l'on rencontre le plus souvent, peut comme le cancer être irréductible, présenter dans sa masse des noyaux indurés et même une certaine dureté généralisée si l'inflammation du sac a doublé son épaisseur. Mais les douleurs ne sont point spontanées et par crises, et la tumeur n'a pas cette augmentation progressive et lente que l'on rencontre dans le cancer ; d'autre part l'état général n'est jamais atteint.

b) la *tuberculose herniaire* sera décelée par une auscultation soigneuse des poumons qui révélera presque toujours des lésions bacillaires en évolution, car la tuberculose herniaire est rarement primitive. On la voit assez fréquemment chez des phtisiques : dans ce cas la tuberculisation de la séreuse péritonéale s'associe le plus souvent à celle des viscères herniés.

La hernie peut être le seul siège de cette tuberculisation secondaire. Plus souvent la bacillose herniaire n'est qu'une particularité d'une péritonite tuberculeuse généralisée. On trouvera alors à la palpation profonde de l'abdomen des masses anormales, et la percussion révélera de l'ascite.

Mais ces deux symptômes peuvent se rencontrer dans la généralisation péritonéale cancéreuse, comme dans notre observation n° 1.

L'état général, dans les deux cas, est également atteint.

Le diagnostic est donc épineux entre ces deux

affections. Quelques symptômes, propres à la bacillose, pourront l'éclairer :

1° Les alternatives de diarrhée et de constipation.

2° La présence de points ramollis par la dégénérescence caséeuse. La tumeur n'est donc pas uniformément dure.

3° L'indolence de la hernie.

Monsieur Lejars défend une opinion contraire à la nôtre, dans son article sus-mentionné. Selon lui, la péritonite bacillaire serait, le plus souvent, essentiellement locale et limitée à l'anse herniée. Il cite deux cas, à l'appui de cette thèse.

Pronostic

Le pronostic du cancer herniaire découle naturellement du fait qu'il est primitif ou secondaire.

Dans le premier cas, l'ablation précoce peut donner la guérison. Cas de Munaron et de Mauclair.

L'intervention dans nos deux cas secondaires a semblé hâter la marche de la maladie. Mais il est infiniment probable que la cachexie cancéreuse eût causé la mort de nos deux malades dans un bref délai, même si l'on n'était pas intervenu.

TRAITEMENT

Le traitement varie suivant qu'il s'agit d'un cancer primitif ou secondaire.

a) *Cancer primitif* :

Le cancer herniaire constitue toute la maladie, en supprimant la hernie néoplasique largement, comme toute tumeur maligne primitive, on oppose au mal une thérapeutique radicale et on peut espérer une guérison définitive.

b) *Cancer secondaire* :

S'il s'agit d'une néoplasie secondaire, l'intervention sur la hernie est évidemment illusoire, car le cancer herniaire n'est qu'une des nombreuses métastases du cancer primitif.

Dans les deux cas observés, on est intervenu parce que le diagnostic n'avait pas été fait et que seule l'intervention a permis de reconnaître qu'il s'agissait de néoplasmes.

Si le diagnostic est fait avant l'intervention, le traitement chirurgical n'est justifié que pour parer à des accidents d'occlusion. Ce fut le cas de notre second malade. Nous n'avions pas fait le diagnostic, mais il s'agissait d'un homme en état de sub-occlusion et cela seul justifiait l'intervention chirurgicale.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer herniaire, affection rare, peut être primitif, ou plus souvent secondaire. Il intéresse soit exclusivement le sac, soit le contenu du sac, épiploon et intestin. Dans ce dernier cas, la néoplasie détermine généralement des adhérences entre le sac et le contenu hernié.

Ce sont les hernies inguinales et ombilicales qui se cancérisent le plus fréquemment.

II. — Les signes cliniques sur lesquels on doit se baser pour le diagnostic sont :

a) *Dans le cas de cancer primitif :*

1° L'augmentation progressive et lente de la tumeur.

2° Son irréductibilité et sa dureté.

3° Les douleurs spontanées, accusées par le malade, au niveau de sa hernie.

4° Parfois les phénomènes d'occlusion.

b) *Dans le cas de cancer secondaire :*

1° Ces mêmes signes.

2° Ceux de la cachexie cancéreuse : Amaigrissement, pâleur ou teinte jaune paille, engorgement ganglionnaire.

III. — Mais ce diagnostic est rarement porté avant l'intervention du fait de la rareté du cancer herniaire, auquel on ne songe presque jamais.

On pense plus souvent à une entéro-épiplocèle adhérente ou à une tuberculose du sac herniaire ou de l'épiploon, cas plus fréquents, mais dont les symptômes se différencient cependant assez nettement de ceux du cancer.

IV. — Le pronostic est moins sombre si la tumeur herniaire est primitive. L'intervention faite à temps, a donné quelques cas de guérison.

V. — Le traitement consiste en l'ablation précoce si le néoplasme est primitif. S'il est secondaire, l'intervention chirurgicale ne se justifie que pour parer à des phénomènes d'occlusion.

VU, le Doyen : VU, le Président,
H. ROGER LETULLE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- BOURSIER. — Dictionnaire encyclopédique. (Art. hernies.)
- COLEY W. B. — Irreducible inguinal hernia complicating Sarcoma of the testis. (*Ann. Surg.*, Philadelph, 1908.)
- CORNIL et COUDRAY. — Examen histologique d'un sac herniaire. (*Bulletin de la Société Anatomique*, f^v. 1906.)
- COUDRAY P. — Fragment d'épiploon détaché de la masse épiploïque fixé au fond du sac de hernie inguinale et simulant une tumeur fibreuse de la paroi. (*Progrès Médical*, 1906.)
- JAULIN. — Adhérence du grand épiploon dans un sac herniaire ombilical. Troubles gastriques graves, diagnostic radioscopique. (*Archives d'électricité médicale*, Bordeaux, 1918.)
- LEJARS. — Revue générale : Néoplasmes herniaires et péri-herniaires. (*Gazette des Hôpitaux*, août 1889.)
- LEPOUTRE. — Tumeur intra-herniaire constituée par une hypertrophie lipomateuse du grand épiploon. (*Journal des Sciences médicales*, Lille, 1910.)
- LEWIS. — *New-York Medical Record*, 1887.
- MAUCLAIRE, — Epithélioma du fond d'un sac herniaire, para testiculaire. (*Bulletin de la Société Anatomique*, oct. 1900.)

PITHA et BILLROTH. — Traité : Art : néoplasmes dans les hernies de Benno-Schmidt.

RAOULT. — Cancer de l'intestin et du péritoine avec cancer d'une portion d'intestin herniée et du sac herniaire. (*Bulletin de la Société Anatomique*, 1892.)

THOUVENIN et LORY. — Epithelioma développé au niveau d'un sac herniaire. (*Bulletin de la Société Anatomique*, juillet 1920)

THOUVENIN et LORY. — Cancer d'un sac herniaire ombilical. (*Bulletin de la Société Anatomique*, nov. 1920.)

VAUGHAN R. F. — Incarcerated right scrotal hernia due to adherent carcinomatous omentum. (*Surg. Clin. Chicago*, 1918.)



TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	5
Historique.....	6
Classification.....	8
Observations.....	13
Considérations cliniques.....	22
Traitement.....	30
Conclusions.....	31
Bibliographie.....	33

IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE LA LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
85, RUE CHABAUDY. — NIORT
